

اسم عائلة المريض	الاسم الأول للمريض	تاريخ الولادة
عنوان المريض		رقم تعريف هوية المريض

أطلب أن يتم الوصول إلى المعلومات الصحية المتعلقة بخطة الرعاية الأمانة (Plan of Safe Care, PoSC) الخاصة بي على النحو الموضح في هذا النموذج. يمكنني اختيار ما إذا كنت سأسمح لمقدمي الرعاية الصحية والخطط الصحية الخاصة بي بالوصول إلى سجلاتي الطبية من خلال منظمة تبادل المعلومات الصحية المسماة _____ . إذا منحت موافقتي، يمكن الوصول إلى سجلاتي الطبية من الأماكن المختلفة التي أحصل فيها على رعاية صحية باستخدام شبكة كمبيوتر على مستوى الولاية. _____ هي منظمة غير ربحية تشارك المعلومات بشكل آمن حول صحة الأشخاص إلكترونياً لتحسين جودة الرعاية الصحية وتفي بمعايير الخصوصية والأمان الخاصة بقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)، ومتطلبات قوانين السرية الفيدرالية، وقانون اللوائح الفيدرالية (CFR) رقم 42، الجزء 2، وقانون ولاية نيويورك. لمعرفة المزيد، تفضل بزيارة الموقع الخاص بالمنظمة على www.org.

لن يؤثر الاختيار الذي اتخذته بهذا النموذج في قدرتي على الحصول على رعاية طبية. لا يسمح الاختيار الذي اتخذته بهذا النموذج لشركات التأمين الصحي بالوصول إلى معلوماتي بغرض تقرير ما إذا كانت ستوفر لي تغطية التأمين الصحي أو دفع فواتيري الطبية.

<p>اختيار موافقتي: يمكنني إكمال هذا النموذج الآن أو في المستقبل. يمكنني أيضاً تغيير قرارتي في أي وقت من خلال إكمال نموذج جديد.</p>	
<p>ينطبق قرار الموافقة هذا على:</p> <p><input type="checkbox"/> [اسم منظمة تقديم العلاج التابعة لمكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحوليات وإدمان المواد المخدرة (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) فقط]</p> <p><input type="checkbox"/> تبادل المعلومات</p> <p><input type="checkbox"/> [اسم شركة التأمين]</p> <p><input type="checkbox"/> [اسم هيئة إدارة الرعاية]</p> <p><input type="checkbox"/> [اسم طبيب النساء والتوليد]</p> <p><input type="checkbox"/> [اسم طبيب/ممارس الرعاية الأولية]</p> <p><input type="checkbox"/> [اسم مستشفى الولادة]</p> <p><input type="checkbox"/> [اسم طبيب الأطفال]</p>	
<p>مدى أو طبيعة المعلومات التي سيتم الكشف أو الإفصاح عنها: تقتصر هذه الموافقة على مشاركة خطة الرعاية الأمانة الخاصة بي فقط.</p>	
<p>الفترة الزمنية: هذه الموافقة صالحة لمدة عام واحد من تاريخ تنفيذها.</p>	

لقد تلقيت نسخة من هذا النموذج ويسري قرار الموافقة على جميع مقدمي الخدمة المذكورين أعلاه.

توقيع المريض أو الممثل القانوني للمريض	التاريخ
اكتب اسم الممثل القانوني بأحرف واضحة (إن وجد)	علاقة الممثل القانوني بالمريض (إن وجدت)